



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*PREMATURIDADE E PSICOPATOLOGIA,
FATORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE
UM GRUPO DE CRIANÇAS NO 5º ANO DE VIDA*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Cátia Raquel Lopes Linhares

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho de 2015

*Pelo sonho é que vamos,
comovidos e mudos.*

Chegamos? Não chegamos?

*Haja ou não haja frutos,
pelo sonho é que vamos.*

Basta a fé no que temos.

*Basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.*

*Basta que a alma demos,
com a mesma alegria,
ao que desconhecemos
e ao que é do dia a dia.*

Chegamos? Não chegamos?

– Partimos. Vamos. Somos.

Sebastião da Gama

**Dedico este poema a todas as pessoas que acreditam em mim, contribuíram e
contribuem para que os meus sonhos se tornem realidade e que lutam dia-a-dia para
que os seus sonhos se tornem verdade.**

Resumo

O presente estudo tem como objetivo geral obter um perfil comportamental das crianças nascidas prematuramente e eventuais indicadores de psicopatologia, explorar a relação entre esses perfis e a história clínica (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento) e, ainda, os fatores ambientais (estatuto profissional e nível educacional dos pais e das mães).

A amostra deste estudo é constituída por 25 crianças que nasceram com menos de 1.500 gramas e/ou com menos de 33 semanas de gestação num Centro Hospitalar no Norte do País, estando estas no quinto ano de vida. As crianças foram avaliadas com a *Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5*, em português Questionário de Comportamentos da Criança 1½ - 5 anos, sendo o método utilizado o quantitativo.

Verificamos que o perfil comportamental das crianças se inscreve nos valores normativos não revelando indicadores de psicopatologia. Um maior tempo de internamento está associado a um aumento da psicopatologia. Os pais e mães com um estatuto profissional e um nível educacional mais elevado reportam menos problemas de comportamento nas crianças, ou seja, o estatuto profissional e o nível educacional exercem influências significativas na forma como os pais e as mães interagem, percecionam e avaliam as crianças.

Palavras-chave: prematuridade, risco biológico, psicopatologia, desenvolvimento.

Abstract

This study aims to obtain a behavioral profile of children born prematurely and possible indicators of psychopathology and to explore the relationship between these profiles and the clinical history (gestational age, birth weight and length of hospitalization) and even environmental factors (professional status and parents is educational level).

The sample of this study consists of 25 children born weighing less than 1.500 grams and/or born with less than 33 weeks of gestation in a Hospital in the north of Portugal and who are currently five years old. The children were evaluated with the Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5, in portuguese Questionário de Comportamentos da Criança 1½ - 5 anos, and the method used was the quantitative.

We concluded that the behavioral profile of children matches the normative values not revealing psychopathology indicators. A longest hospitalization is associated with an increase of psychopathology. Parents with a higher professional status and educational level reported fewer behavior problems in children, so the professional status and the educational level exert significant influences on how parents interact, perceive and evaluate children.

Key-words: prematurity, biological risk, psychopathology, development.

Índice

Introdução	1
Enquadramento teórico	2
1.1 O processo de desenvolvimento	2
1.2 Prematuridade um fator de risco para o desenvolvimento	3
1.3 Unidade de cuidados intensivos neonatais: o impacto nos pais e nas crianças	5
1.4 Prematuridade e parentalidade	5
1.5 Impacto no desenvolvimento	7
Metodologia	10
1.1 Objetivos específicos	10
1.2 Amostra	11
1.2.1 Caracterização das crianças da amostra	11
1.2.2 Caracterização dos pais e das mães das crianças da amostra	13
1.3 Instrumento	14
1.3.1 Child Behavior Checklist for ages 1½ - 5 (CBCL 1½-5)	14
1.4 Procedimentos de recolha de dados	16
1.5 Procedimentos de análise de dados	16
1.6 Apresentação dos resultados	17
16.1 Perfil comportamental das crianças prematuras	17
1.6.2 Relação entre a idade gestacional e peso à nascença e os comportamentos de internalização e externalização	19
1.6.3 Relação entre a idade gestacional e peso à nascença e a escala orientada pelo DSM-5	20
1.6.4 Relação entre o tempo de internamento com as escalas de síndromes	21
1.6.5 Relação entre o tempo de internamento com a escala orientada pelo DSM-5	22
1.6.6 Análise comparativa considerando o estatuto profissional e o nível educacional dos pais e das mães com as escalas de síndromes e a escala orientada pelo DSM-5	23
1.6.6.1 Análise comparativa considerando o estatuto profissional dos pais e das mães com as escalas de síndromes	24
1.6.6.2 Análise comparativa considerando o estatuto profissional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5	25
1.6.6.3 Análise comparativa considerando o nível educacional dos pais e das mães com as escalas de síndromes	27

1.6.6.4 Análise comparativa considerando o nível educacional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5	29
1.7 Discussão dos resultados	30
Conclusão	34
Referências bibliográficas	36

Índice de tabelas

Tabela 1: Descrição das características das crianças presentes na amostra.

Tabela 2: Dados sociodemográficos dos pais e das mães.

Tabela 3: Correlações entre a idade gestacional, o peso à nascença e os resultados das escalas de internalização e externalização da CBCL 1½-5.

Tabela 4: Correlações entre a idade gestacional, o peso à nascença e a escala orientada pelo DSM-5.

Tabela 5: Correlações entre o tempo de internamento e os resultados das escalas de internalização de externalização e dos problemas de sono da CBCL 1½-5.

Tabela 6: Correlações entre o tempo de internamento e a escala orientada pelo DSM-5.

Tabela 7: Comparação entre o estatuto profissional dos pais e das mães com os resultados das escalas de síndromes.

Tabela 8: Comparação entre o estatuto profissional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5.

Tabela 9: Comparação entre o nível educacional dos pais e das mães com os resultados das escalas de síndromes.

Tabela 10: Comparação entre o nível educacional dos pais e das mães com os resultados da escala orientada pelo DSM-5.

Índice de Quadros

Quadro 1: Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para a escala de internalização, de externalização e para o total de problemas.

Quadro 2: Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para as escalas de síndromes.

Quadro 3: Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para a escala orientada pelo DSM-5.

Lista de abreviaturas e siglas

CBCL - *Child Behavior Checklist*

CTRF - *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1½-5*

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EGA – *Escala de Graffar Adaptada*

g - gramas

PHDA - Problemas de Hiperatividade e/ou Défice de Atenção

QI - Quociente de Inteligência

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Introdução

A prematuridade tem sido objeto de investigação por parte de diversas áreas profissionais, como psicologia, medicina e sociologia, sobretudo por, muitas vezes, estar associada a dificuldades comportamentais, cognitivas e académicas. Isto evidencia assim, o interesse que este fenómeno tem despertado não só para a comunidade científica como para a sociedade em geral (e.g. Botelho, & Leal, 2001; Linhares et al., 2000).

A prematuridade define-se segundo dois principais critérios, a idade gestacional e o peso à nascença (Botelho, & Leal, 2001). É estimado que as complicações dos nascimentos prematuros são responsáveis por 35% das 3.1 milhões de mortes neonatais anuais em todo o Mundo, sendo o nascimento prematuro a segunda principal causa de morte de crianças, depois da pneumonia e, é provável, que se torne a principal causa de morte em 2015, a não ser que haja uma rápida intervenção no sentido de diminuir esta estatística (Liu et al., 2012).

Quanto ao panorama Nacional e de acordo com os censos de 2013 realizados entre o ano de 2001 e 2011, verificou-se um aumento da percentagem de recém-nascidos prematuros, com menos de 37 semanas de gestação, tendo assim aumentado de 5.6% em 2001 para 7.4% em 2011. De forma idêntica constatou-se que houve um aumento de nascimentos de recém-nascidos de baixo peso, com um peso inferior a 2.500 gramas, de 7.2% em 2001 que passou para 8.4% em 2011 (INE, 2013). Portanto e de forma global, verifica-se que a prematuridade tem vindo a aumentar em Portugal.

Os bebés prematuros apresentam riscos que podem comprometer a sua sobrevivência, estando mais propensos a desenvolver problemas graves de saúde e de desenvolvimento, tanto a curto como a longo prazo (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004).

O presente estudo pretende, assim, dar um contributo para a leitura longitudinal na compreensão dos processos de desenvolvimento das crianças nascidas prematuramente.

Enquadramento teórico

1.1 O processo de desenvolvimento

O desenvolvimento humano decorre de sucessivas reorganizações entre e dentro dos sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social, originando processos de diferenciação. Ao longo do desenvolvimento, os fatores internos e externos ao indivíduo vão interagir entre si para determinar os resultados desenvolvimentais (Soares, 2000).

De forma a compreender melhor o desenvolvimento humano, torna-se pertinente abordar dois modelos, o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler.

O Modelo Bioecológico, inicialmente designado de Modelo Ecológico, considera, que existe uma relação entre o ser humano e as características dos contextos em que se encontra inserido (e.g. Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1999). Inicialmente este modelo apresentava quatro tipos de sistemas, nomeadamente o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. Posteriormente, este modelo sofreu alterações, passando a designar-se por Modelo Bioecológico, tendo o autor acrescentado três novos fatores, nomeadamente, o destaque nas características fenotípicas e genotípicas dos indivíduos (ênfase na Pessoa); a ênfase nos processos proximais, isto é, formas de interação entre o indivíduo e o meio envolvente e, por último, introduziu uma nova dimensão, a dimensão temporal (ênfase no Tempo). Esta dimensão temporal foi designada por cronossistema, permitindo compreender as influências das mudanças que estão na duração das experiências de cada pessoa e das continuidades no desenvolvimento (e.g. Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1999).

No que diz respeito ao Modelo Transacional, a criança é encarada como um agente ativo do seu desenvolvimento que modela e regula as experiências do meio em que se encontra. A interação entre o indivíduo e os contextos de vida vão orientar e (re)direcionar o curso do seu desenvolvimento, sendo este um processo dinâmico, resultado das diversas interações entre o indivíduo e os seus contextos de vida (Soares, 2000). Desta forma, o desenvolvimento não deverá ser apenas encarado como o resultado das características individuais da criança ou de quem dela cuida, mas sim o resultado da interação contínua, dinâmica e bidirecional entre a criança, a família e os contextos em que está inserida (Sameroff, & Fiese, 1990). Assim, o desenvolvimento é caracterizado por múltiplas continuidades e descontinuidades, originando diferentes trajetórias desenvolvimentais (Lerner & Walls, 1999). De forma a melhor compreender as trajetórias desenvolvimentais, surgem dois princípios: o princípio da

equifinalidade; e o princípio da multifinalidade. A equifinalidade corresponde a uma diversidade de percursos que podem levar ao mesmo resultado (Sroufe, & Jacobvitz, 1987). A multifinalidade sugere que um acontecimento adverso poderá não levar ao mesmo resultado, ou seja, um mesmo fator de risco poderá provocar consequências desenvolvimentais diferentes, estando dependente das características individuais e das características contextuais (Wilden, 1980). No caso da prematuridade, esta é considerada como um fator de risco pessoal. Desta forma, a possibilidade de enfrentar este fator de risco e aproveitar os fatores protetores (e.g., vinculação segura com os pais/cuidadores principais; interações familiares ajustadas) tornará a criança resiliente (e.g. Haggerty, Sherrod, Garmezy, & Rutter, 2000; Rutter, 1999; Sapienza, & Pedromônico, 2005). Assim, a resiliência está associada a fatores protetores que vão predizer consequências positivas nas crianças que se encontram em situações de risco (Masten, 2001).

Torna-se vantajoso ter um olhar bioecológico-transacional, assumindo então que o indivíduo e o ambiente se influenciam mutuamente, sofrendo ambos alterações ao longo do tempo e adaptando-se um ao outro, sendo que estes contextos podem ser próximos ou distantes do indivíduo (Xavier, 2008). Esta visão permite a compreensão do processo de desenvolvimento, contribuindo assim para uma melhor compreensão da prematuridade e o modo como a família exerce influência sobre as crianças prematuras (Silva, 2002).

A família desempenha um papel de extrema importância e poderá influenciar de forma positiva ou negativa o desenvolvimento da criança ao longo do tempo. Segundo Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999), a família poderá ser considerada o sistema que exerce mais influência no desenvolvimento das crianças, assim, os padrões de interação familiar podem, causar impacto no desenvolvimento das mesmas (Guralnick, 2005). Em situações em que as crianças são percebidas como vulneráveis, podem surgir stressores capazes de influenciarem negativamente os padrões de interação familiar, podendo afetar negativamente o desenvolvimento da criança (Guralnick, 2005).

Em suma, *“o indivíduo é produto de todas as suas experiências, não apenas das experiências precoces”* (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999).

1.2 Prematuridade um fator de risco para o desenvolvimento

Existem diversas abordagens e definições acerca da prematuridade (Botelho, & Leal, 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o nascimento prematuro é definido como todos os nascimentos que ocorrem antes das 37 semanas completas de gestação ou inferior a 259 dias, desde o primeiro dia do último período menstrual da mulher (WHO, 1980). Para

outros autores, o nascimento prematuro ocorre quando os bebés nascem antes das 36 semanas de idade gestacional e o seu peso é inferior a 2.200 gramas (g) (Nowicki, 1994) ou inferior a 2.500g (Graça, 1996).

Assim, para a definição de nascimentos prematuros ou também designados por nascimentos “pré-termo” existem dois critérios, o primeiro refere-se à idade gestacional e o segundo ao peso do recém-nascido à nascença (O’Brien, Soliday, & McCluskey-Fawcett, 1995).

Relativamente à idade gestacional, os bebés que nascem antes das 28 semanas é a designada prematuridade extrema, entre as 28 semanas e inferior às 32 semanas, de elevada prematuridade e entre as 32 semanas e inferior às 37 semanas, de prematuridade moderada (Blencowe et al., 2012a). Estas subdivisões da idade gestacional são importantes, pois a diminuição da idade gestacional está associada ao aumento da mortalidade infantil, problemas no desenvolvimento e intensidade dos cuidados neonatais (Blencowe et al., 2012b). Este aspeto pode confirmar-se pelos Censos de 2011 (publicados pelo INE em 2013) realizados em Portugal em que o número de semanas de gestação revelou ser um dos fatores com maior influência na mortalidade neonatal (INE, 2013).

Considera-se que os recém-nascidos com um peso inferior a 2.500g são recém-nascidos de baixo peso; quando o peso à nascença é inferior a 1.500g são recém-nascidos de muito baixo peso e quando o peso à nascença é inferior a 1.000g, designa-se por grande prematuridade, sendo que os recém-nascidos nestas condições estão mais propensos ao risco em comparação com os outros recém-nascidos (O’Brien et al., 1995).

A etiologia do nascimento prematuro é multifatorial, ou seja, um conjunto de fatores genéticos, médicos, económicos, sociais e educacionais, podem aumentar a probabilidade de ocorrer um parto prematuro (e.g. Barros, 2001a; Michalowicz, & Durand, 2007). Estes fatores agem assim como fatores de risco, nos quais se incluem a idade da mãe; o baixo estatuto socioeconómico; o *stress* ou a depressão materna; o baixo índice de massa corporal; a hipertensão, diabetes; a fertilização *in vitro*; anemias; a ocorrência de abortos anteriores; pré-eclâmpsia e gravidez múltipla; as alterações da placenta; a placenta prévia e o descolamento prematuro da placenta ou o excesso de líquido amniótico (e.g. Michalowicz, & Durand, 2007; Ramos, & Cuman, 2009).

A mortalidade infantil e a morbilidade com outros problemas de saúde diminuem com o aumento da idade gestacional do bebé (MacDorman, Martin, Mathews, Hoyert, & Ventura, 2005).

1.3 Unidade de cuidados intensivos neonatais: o impacto nos pais e nas crianças

Têm sido vários os avanços técnico-científicos para darem assistência aos recém-nascidos prematuros, na medida em que se têm demonstrado eficazes na redução das taxas de mortalidade e morbidade neonatal (Blencowe et al., 2012a).

Deve-se então ter em conta que, os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida são fundamentais e de extrema importância para o desenvolvimento da criança ao longo do tempo. Desta forma, estes cuidados, têm como finalidade salvaguardar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento dos bebés e dos Pais (Barros, 2001a).

Durante a gravidez, os Pais idealizam um bebé perfeito e que cresce com ausência de problemas, todavia, quando um bebé nasce prematuro, os Pais passam pela experiência de verem os filhos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), o que lhes provoca sentimentos de tristeza, perda e medo (Hummel, & Eastman, 1991).

O internamento do filho numa UCIN representa então, um momento de crise para os Pais, em que está subjacente o sofrimento e que poderá ser prejudicial para o bem-estar e capacidade em assumir o papel parental (Affleck, & Tennen, 1991). Os habituais sentimentos que os Pais experimentam de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho parental decorrentes do parto normal, dão lugar a emoções complexas como, o medo, a raiva, a ansiedade e a culpabilidade (Barros, 2001b). Nestas condições, o estabelecimento de uma relação de vinculação pode ser um processo muito difícil e demorado (Barros, 2001b). Atualmente as UCIN's estão mais desenvolvidas e o envolvimento entre Pais e bebés é potenciado.

Desta forma, o trabalho dos profissionais de saúde não passa apenas pelos bebés como também pelos Pais, centrando-se naquilo que são as suas preocupações e medos. Assim, tem existido a preocupação dos profissionais de saúde estarem em contínua comunicação pedagógica e terapêutica com os Pais, em que partilhem conhecimentos e ensinem técnicas apropriadas aos Pais, de modo a que estes possam satisfazer eficazmente as necessidades do bebé e se sintam mais confiantes e seguros (e.g. Gomes, Trindade, & Fidalgo, 2009; Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015).

1.4 Prematuridade e parentalidade

Durante a gravidez, os Pais passam por um processo de desenvolvimento, que se constitui numa experiência única, que implica mudanças e adaptações (Kralik, Visentin, & Loon, 2006). O investimento emocional e afetivo dos Pais é um fator decisivo na qualidade dos

cuidados e da interação que estabelece com o bebê, sendo por isso, um fator determinante no desenvolvimento e bem-estar da criança (e.g. Brazelton, & Cramer, 1993; Stern, 1995).

Quando o bebê idealizado nasce prematuramente, poderá conduzir a uma profunda frustração das expectativas parentais (Rocha et al., 2011). Nestas situações, os Pais têm que se confrontar com o interromper do processo da gravidez que terá um impacto psicológico e físico para o qual não estavam preparados (Goldberg, & DiVitto, 2002) podendo influenciar a relação entre as figuras parentais e a criança (e.g. Goldberg, & DiVitto, 2002; Singer et al., 1999). Segundo Halpern, Brand e Malone (2001), os Pais de bebês prematuros experimentam maiores dificuldades no desempenho do seu papel parental.

O comportamento do bebê prematuro, ao não coincidir com as expectativas prévias dos Pais acerca da forma como se comportam os recém-nascidos, poderá deixar os Pais confusos e desamparados no que diz respeito à interpretação dos sinais que o bebê transmite, isto acontece porque, estes bebês demonstram ter menor adaptabilidade, ritmicidade, atividade, atenção e persistência do que os bebês de termo (Macey, Harmon, & Easterbrooks, 1987). Assim, revelam maiores dificuldades para se acalmarem, menores probabilidades de iniciarem comportamentos sociais e menores níveis de prazer e responsividade na interação com os cuidadores (Chapieski, & Evankovich, 1997). Além disto, os bebês prematuros manifestam menos sinais facilitadores de interação, ou seja, apresentam mais dificuldades em fixar o olhar, vocalizam e sorriem menos frequentemente demonstrando uma tonalidade afetiva menos positiva (Barros, 2001a).

Estas diferenças na interação do recém-nascido prematuro tem consequências na qualidade da interação que estabelece com os cuidadores (Greene, Fox, & Lewis, 1983). Assim, as mães de bebês prematuros, perante a imaturidade que o bebê apresenta, necessitam de fazer um esforço adicional para lidarem com estas dificuldades (Coppola, Cassibba, & Constantini, 2007), daí serem mais ativas e estimulantes nas interações que estabelecem com os filhos (Coppola et al., 2007).

Estudos realizados, acerca da parentalidade em bebês que nasceram prematuros têm demonstrado que o nascimento de um filho prematuro corresponde a um período marcado por um elevado sofrimento por parte dos Pais, experienciando estes sentimentos de ansiedade, culpa, depressão e impotência (e.g. Pedrosa, Canavarro, Oliveira, Ramos, & Monteiro, 2005; Van der Pal et al., 2007).

Uma baixa idade gestacional e/ou um baixo peso à nascença, associado à percepção parental acerca da vulnerabilidade do bebê, contribuirá para uma vivência da situação de forma mais negativa e geradora de *stress* (Singer et al., 1999). Segundo Allen et al. (2004) uma percepção negativa acerca da fragilidade do bebê parece constituir um risco para o bebê

premature, uma vez que poderá desenvolver, posteriormente, problemas de desenvolvimento e de comportamento, devido à desadequada interação entre a figura parental e a criança. Poderá também existir um excesso de tolerância ao comportamento da criança e uma superproteção que terão impactos no desenvolvimento comportamental e emocional da criança (Linhares et al., 2000).

Quando existe uma maior confiança parental nas suas capacidades é mais provável que as práticas parentais adotadas sejam mais eficazes e os resultados no desenvolvimento dos seus filhos sejam mais positivos (Jones, & Prinz, 2005).

Importa referir que, se os Pais estiverem presentes e envolvidos nos cuidados prestados aos filhos e se estabelecerem uma relação de vinculação segura, estes bebés terão uma melhor e mais rápida recuperação (Baldoni, 2010). A qualidade das interações estabelecidas entre pais-criança, as experiências e vivências, os cuidados básicos e a base segura proporcionadas à criança através da interação familiar são fundamentais e de grande importância para o seu desenvolvimento (Guralnick, 1993).

Tendo em conta o Modelo Transacional, a família constitui-se parte integrante do desenvolvimento da criança, isto porque o papel desempenhado pelos Pais vai afetar o comportamento e o desenvolvimento dos filhos, assim os processos transacionais são uma parte fundamental do desenvolvimento (Sameroff, & Chandler, 1975 cit. in Xavier, 2007). Desta forma, a parentalidade constitui-se num fenómeno psicossocial complexo e difícil em que as atitudes, os valores e os modelos de comportamento se englobam (e.g. Calheiros, & Monteiro, 2007; Crnic, & Low, 2002). A perceção dos Pais sobre as suas competências para corresponderem às exigências colocadas pelo exercício parental, é um importante fator de influência na relação entre pais e filhos (Crnic, & Low, 2002). As experiências do dia-a-dia que decorrem da prestação de cuidados aos filhos, podem ser vividas pelos Pais como experiências positivas e conseqüentemente, geradoras de prazer, como podem ser vivenciadas como difíceis, frustrantes e assim, geradoras de *stress* (Crnic, & Low, 2002).

1.5 Impacto no desenvolvimento

A gravidade e o impacto dos problemas que as crianças poderão vir a desenvolver estão diretamente relacionados com a sua idade gestacional e o seu peso à nascença (Michalowicz, & Durand, 2007). Quanto às conseqüências a curto prazo estas passam por problemas respiratórios e neurológicos. No que se referem a conseqüências a longo prazo, que se estendem ao longo do desenvolvimento, estas podem ser físicas, tais como, paralisia cerebral, retinopatia

da prematuridade e malformações cardiovasculares, como podem ser consequências psicológicas (e.g. Michalowicz, & Durand, 2007; Petrou et al., 2003; Ramos, & Cuman, 2009).

As dificuldades nos bebês prematuros surgem devido, à imaturidade cerebral que apresentam, às dificuldades relacionais com os Pais, bem como pelas condições adversas que enfrentaram na UCIN (e.g., elevada estimulação sensorial e baixa estimulação tátil). Como consequência poderão surgir, perturbações do comportamento, perturbações do comportamento alimentar, problemas de sono, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA), dificuldades psicomotoras, emocionais e escolares e atrasos no controlo dos esfíncteres, inibição e passividade (e.g. Martinet, 2008; Sullivan, & Msall, 2007).

Jong, Verhoeven e van Baar (2012) num estudo de revisão, que se baseou em 28 estudos já realizados, com o objetivo de obter informações acerca do desempenho escolar, do funcionamento cognitivo e dos problemas de desenvolvimento, em crianças que nasceram com muito baixo e extremo baixo peso, concluíram que estas crianças apresentam mais problemas escolares, têm Quocientes de Inteligência (QI) mais baixos e manifestam mais problemas de comportamento, sendo que a PHDA é a mais prevalente, comparando com crianças nascidas a termo.

Estudos indicam que crianças prematuras têm um risco mais elevado de desenvolverem dificuldades de aprendizagem, PHDA e problemas de comportamento (e.g. Beck et al., 2010; Brazelton, 2013; Moster, Lie, & Markestad, 2008). Assim, de forma geral, os bebês que nascem prematuros, estão mais propensos a apresentarem problemas no seu desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, competências de autocuidado mais reduzidas, dificuldades visuais, emocionais e comportamentais e apresentarem algumas limitações na escola (Saigal, Stoskopf, Streiner, & Burrows, 2001).

Num estudo realizado por Poehlmann e Fiese (2001) cujo objetivo era examinar a qualidade da interação entre pais e bebês que: nasceram a termo; nasceram prematuros e nasceram prematuros com muito baixo peso. Verificou-se que a relação entre o risco biológico e o desenvolvimento cognitivo do bebê prematuro não era direta. Muito pelo contrário, esta relação foi explicada através da qualidade da interação entre os pais e o bebê prematuro, logo após o nascimento do bebê. Os resultados deste estudo indicaram que (apesar do risco biológico) se os bebês experimentassem interações positivas e afetivas logo após o seu nascimento com as suas mães, eram mais suscetíveis de terem um melhor desenvolvimento cognitivo nos seus primeiros 12 meses quando comparados com crianças que tiveram interações problemáticas com as mães. Além disto, os resultados deste estudo suportam a teoria do desenvolvimento transacional, na medida em que, os resultados do desenvolvimento não são

um mero produto da pessoa ou do contexto em separado, mas sim resultado de interações dinâmicas e contínuas ao longo da vida (Poehlmann, & Fiese, 2001).

No estudo de van Baar, Ultee, Gunning, Soepatmi e Leeuw (2006) em que foi utilizada a *Child Behavior Checklist* (CBCL) - Questionário de Comportamentos da Criança - dos resultados obtidos verifica-se a existência de diferenças entre o grupo de crianças nascidas a termo, do grupo das crianças nascidas prematuramente, sendo que as crianças prematuras apresentam mais problemas de externalização. Além disto, encontraram-se também diferenças no domínio somático e no desenvolvimento emocional e cognitivo, as crianças nascidas prematuramente apresentam dificuldades nestes domínios comparando com as crianças nascidas a termo (van Baar et al., 2006). O objetivo deste estudo passou por estudar o desenvolvimento das crianças que nasceram prematuras e das crianças que nasceram a termo, numa perspetiva longitudinal. A amostra do estudo foi constituída por 35 crianças que nasceram a termo e 38 crianças que nasceram prematuras com idade gestacional abaixo das 32 semanas e com um peso de nascimento adequado.

No estudo de Farooqi, Hägglöf, Sedin, Gothefors e Serenius (2007) formado por dois grupos, um com 247 crianças nascidas até à 26ª semana de gestação e um grupo de controlo formado por crianças que nasceram a termo, tendo as crianças, atualmente, 11 anos de idade. O instrumento utilizado foi a CBCL 6-18 anos, os autores constataram que existem diferenças significativas entre o grupo de crianças que nasceram até às 26 semanas completas de gestação e as crianças do grupo de controlo, sendo que as crianças que nasceram até às 26 semanas de gestação apresentam de forma significativa problemas de atenção, problemas sociais e problemas de internalização. A CBCL, atualmente, é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais tanto em crianças como em adolescentes, sendo por isso, um bom instrumento para avaliar a psicopatologia (Reichenberg, 2005).

Atendendo ao estudo realizado por van Baar, Vermaas, Knots, Kleine e Soons (2009), que tinha como objetivo estudar o risco associado ao nascimento prematuro entre as 32 e as 36/37 semanas de gestação, verificou-se que, os Pais de crianças prematuras cotaram valores mais elevados nas escalas da CBCL para a ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas sociais e comportamentos agressivos. A amostra deste estudo foi formada por dois grupos, um constituído por 377 crianças nascidas prematuras e o outro grupo de 182 crianças nascidas a termo, as crianças que participaram no estudo tinham oito anos.

Importa então referir que, o nascimento prematuro quando associado a fatores de risco ambientais (e.g. baixa responsividade parental, práticas educativas inconsistentes e interações

familiares desadequadas) contribuem para o desenvolvimento de problemas comportamentais (e.g., PHDA, dificuldades de atenção e agressividade) (Landry, Chapieski, Richardson, Palmer, & Hall, 1990). Assim, a importância de existir um ambiente familiar adequado para o desenvolvimento da criança é redobrada quando o bebê nasce prematuramente (Wilfong, Saylor, & Elksnin, 1991).

Metodologia

O presente estudo faz parte do Projeto de Investigação: “Prematuridade e Desenvolvimento”, que tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento de crianças nascidas prematuramente com menos de 32 semanas de gestação, constituindo-se assim, num estudo longitudinal.

Estudos longitudinais são medidas repetidas numa única amostra de sujeitos ao longo do tempo, permitindo avaliar de melhor forma o desenvolvimento dos sujeitos e as diferenças que ocorrem ao longo do tempo (Almeida, & Freire, 2008). Estes estudos revelam algumas dificuldades, exemplo disso, é a morosidade do processo, pois uma geração envolve no mínimo cinco anos e, desta forma, os custos envolvidos na investigação são elevados (Almeida, & Freire, 2008).

O presente estudo tem como objetivo geral obter o perfil comportamental das crianças, avaliar a psicopatologia e verificar se existe alguma relação entre esses perfis e fatores de risco biológico relacionados com a história clínica das crianças (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento) e fatores de natureza sociodemográfica, tais como, o estatuto profissional e o nível educacional dos pais e das mães.

1.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil comportamental das crianças prematuras;
2. Explorar a relação entre comportamentos de internalização e externalização e idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento;
3. Perceber a relação entre a escala orientada pelo DSM-5 e as variáveis idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento;
4. Explorar a relação entre o perfil comportamental e a psicopatologia com as variáveis sociodemográficas dos pais e das mães (estatuto profissional e nível educacional).

De forma a atingir os objetivos específicos deste estudo a metodologia mais adequada é a quantitativa, de carácter hipotético-dedutivo.

Esta metodologia tem como vantagem ir além da descrição dos fenómenos, uma vez que, permite quantificar e estabelecer relações entre as diversas variáveis em estudo (Almeida, & Freire, 2008), possibilitando a construção de teorias explicativas do comportamento, privilegiando desta forma a imparcialidade e objetividade dos investigadores (Hoy, 2010).

1.2 Amostra

A amostra é constituída por 25 crianças que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: nasceram com menos de 1.500g e/ou com menos de 33 semanas de gestação num Centro Hospitalar no Norte do País e encontram-se no quinto ano de vida.

Esta amostra é de conveniência fazendo parte da amostragem não probabilística ou não aleatória e, neste caso, a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra não é igual à dos restantes elementos (Maroco, 2007).

1.2.1 Caracterização das crianças da amostra

Tabela 1

Descrição das características das crianças presentes na amostra^a

Criança	Características						
	Género	IC (meses)	Tipo de gestação	IG (semanas)	P (g)	PN	TI (dias)
1	Masculino	56	Única	25-30	751-1000	Não	>60
2	Masculino	56	Gemelar	25-30	1001-1250	Não	31-60
3	Masculino	56	Gemelar	25-30	1001-1250	Sim	31-60
4	Feminino	56	Única	25-30	1001-1250	Não	>60
5	Masculino	55	Única	23-24	<750	Sim	>60
6	Feminino	55	Gemelar	25-30	1251-1500	Não	31-60
7	Feminino	58	Gemelar	25-30	1001-1250	Não	31-60
8	Masculino	58	Gemelar	25-30	1251-1500	Não	31-60
9	Masculino	53	Única	25-30	>1500	Não	<15

10	Feminino	53	Gemelar	31-33	1001-1250	Não	31-60
11	Feminino	53	Única	31-33	1001-1250	Sim	31-60
12	Masculino	53	Gemelar	31-33	1251-1500	Não	31-60
13	Feminino	52	Única	31-33	1251-1500	Não	<15
14	Masculino	54	Gemelar	31-33	>1500	Não	16-30
15	Masculino	54	Gemelar	31-33	1251-1500	Não	16-30
16	Masculino	54	Única	25-30	751-1000	Não	31-60
17	Masculino	52	Única	31-33	1251-1500	Não	16-30
18	Feminino	51	Gemelar	31-33	1251-1500	Não	16-30
19	Masculino	50	Única	25-30	1001-1250	Não	16-30
20	Masculino	51	Gemelar	25-30	1251-1500	Não	31-60
21	Masculino	51	Gemelar	25-30	1001-1250	Não	31-60
22	Masculino	50	Gemelar	31-33	1251-1500	Não	31-60
23	Feminino	51	Única	25-30	751-1000	Não	>60
24	Feminino	50	Única	25-30	1001-1250	Não	>60
25	Feminino	50	Única	25-30	1001-1250	Não	31-60

Nota.^a: n = 25; Identificação da criança = números; IC = Idade Cronológica; IG = Idade Gestacional; P = Peso; PN = Problemas Neurológicos; TI = Tempo de Internamento.

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização da amostra, ao nível da idade gestacional, do peso à nascença, da presença de problemas neurológicos e do tempo de internamento.

A amostra é constituída por 25 participantes, 15 do sexo masculino (60%) e 10 do sexo feminino (40%). Sendo maioritariamente constituída por crianças do sexo masculino ($Mo = 1$).

A idade dos participantes varia entre os 50 e os 58 meses, tendo uma média de 53.28 e um desvio-padrão de 2.49.

Relativamente ao tipo de gestação, 12 crianças (48%) são de uma gestação única e 13 crianças (52%) são de uma gestação gemelar.

Verifica-se que um maior número de crianças nasceram com uma idade gestacional entre as 25 e as 30 semanas, nomeadamente, 15 crianças (60%), das 31 às 33 semanas nasceram 9 crianças (36%) e das 23 às 24 semanas nasceu 1 criança (4%).

Relativamente ao peso à nascença com menos de 750g nasceu 1 criança (4%), de 751 a 1.000g nasceram 3 crianças (12%), entre os 1.001g e os 1.250g nasceu o maior número de crianças, nomeadamente, 10 crianças (40%), com 1.251g a 1.500g nasceram 9 crianças (36%) e com mais de 1.500g nasceram 2 crianças (8%).

Quanto à presença de problemas neurológicos (hemorragia intraventricular grau III e IV, convulsões) verifica-se que 3 crianças (12%) apresentam estes problemas, sendo que duas são do sexo masculino e uma do sexo feminino.

Relativamente ao tempo de internamento na UCIN, 2 crianças (8%) permaneceram internadas durante 15 dias ou menos, 5 crianças (20%) estiveram internadas entre os 16 e os 30 dias, entre os 31 e os 60 dias estiveram internadas 13 crianças (52%) e com mais de 60 dias permaneceram internadas 5 crianças (20%).

1.2.2 – Caracterização dos pais e das mães das crianças da amostra

Para a caracterização da informação sociodemográfica dos pais e das mães das crianças nascidas prematuras recorremos aos processos clínicos e utilizou-se a *Escala de Graffar Adaptada*¹ – EGA (Amaro, 1990), para a sistematização desta informação. Nesta escala o estatuto profissional e o nível educacional estão organizados em cinco graus. No nosso estudo estes cinco graus foram reorganizados em dois grupos de forma a facilitar a análise estatística. Assim, quanto à profissão, o grupo 1 considera os graus 1, 2 e 3 da EGA e o grupo 2 considera os graus 4 e 5 da EGA. Relativamente ao nível educacional, o grupo 1 considera os graus 1, 2 e 3 e o grupo 2 considera os graus 4 e 5 da EGA.

¹Profissão

Grau 1: Grandes empresários, Gestores de topo do setor público e privado (> de 500 empregados); Professores universitários; Brigadeiro, general, marechal; Profissões liberais (curso superior); Altos dirigentes políticos.

Grau 2: Médios empresários; Dirigentes de empresas (500 ou menos empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; Oficiais das forças armadas; Professores do ensino básico e secundário.

Grau 3: Pequenos empresários (50 ou menos empregados); Quadros médios; Médios agricultores; Sargentos e equiparados.

Grau 4: Pequenos agricultores e rendeiros; Técnicos administrativos; Operários semiqualeificados; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas.

Grau 5: Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos graus anteriores.

¹Habilitação

Grau 1: Licenciatura; mestrado; doutoramento.

Grau 2: Bacharelato.

Grau 3: 12º ano; nove ou mais anos de escolaridade.

Grau 4: Quatro ou mais anos e menos de 9 anos de escolaridade.

Grau 5: Menos de quatro anos de escolaridade; analfabetos.

Tabela 2*Dados sociodemográficos dos pais e das mães^a*

Dados sociodemográficos	Pai	Mãe
	N (%)	N (%)
Estatuto Profissional^a		
Grupo 1	7 (28%)	8 (32%)
Grupo 2	13 (52%)	16 (64%)
Sem resposta	5 (20%)	1 (4%)
Nível Educacional^a		
Grupo 1	11 (44%)	10 (40%)
Grupo 2	6 (24%)	8 (32%)
Sem resposta	8 (32%)	7 (28%)

Nota. ^a EGA (Amaro, 1990).

Quanto ao estatuto profissional, verifica-se que 52% dos pais e 64% das mães encontram-se no grupo 2, sendo que, 28% dos pais e 32% das mães encontram-se no grupo 1. Existe assim, um predomínio do estatuto profissional do grupo 2 tanto para os pais como para as mães.

Relativamente ao nível educacional, é possível verificar que, 44% dos pais e 40% das mães encontram-se no grupo 1. No grupo 2 encontram-se 24% dos pais e 32% das mães. Assim, existe um predomínio do nível educacional do grupo 1 tanto para os pais como para as mães.

1.3 Instrumento

1.3.1 *Child Behavior Checklist for ages 1½-5 (CBCL 1½-5)*

O instrumento utilizado no estudo foi a CBCL 1½-5 anos desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2000, 2014). Para Portugal a CBCL 1½-5 encontra-se aferida e validada, designando-se por Questionário de Comportamentos da Criança 1½- 5 anos (Achenbach et al., 2014).

A CBCL 1½-5 tem como objetivo obter uma classificação sobre os vários aspetos do funcionamento comportamental, emocional e social da criança, permitindo, integrar diferentes

informações de fontes privilegiadas, para assim, compreender melhor a sua psicopatologia (Achenbach et al., 2014; Ivanova et al., 2010). A CBCL 1½-5 é preenchida pelos pais/cuidadores principais da criança, tendo estes que se reportarem aos dois últimos meses (Achenbach et al., 2014).

A CBCL 1½-5 é um questionário composto por 99 itens que descrevem tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais que caracterizam as crianças no pré-escolar, existindo também três questões abertas para descrever problemas adicionais (Achenbach et al., 2014). Estes itens são pontuados em escalas de síndromes e em escalas orientadas pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM -5) (Achenbach et al., 2014; APA, 2013).

As respostas estão ordenadas numa escala de *Likert* que varia entre 0 e 2, sendo que 0 corresponde a uma afirmação não verdadeira, 1 a uma afirmação que é, algumas vezes, verdadeira e 2 a uma afirmação que é muito verdadeira (Achenbach et al., 2014).

A CBCL 1½-5 é constituída pelas escalas de síndromes e pela escala orientada pelo DSM-5. Relativamente às escalas de síndromes, compreende-se por síndrome um conjunto de problemas que tendem a ocorrer simultaneamente, a CBCL 1½-5 identifica sete escalas de síndromes, em que as suas designações sintetizam os tipos de problemas que formam a síndrome, nomeadamente, a reatividade emocional é a síndrome que corresponde à intensidade da resposta emocional face a estímulos percebidos como ameaçadores; a ansiedade/depressão está associada a sinais de ansiedade e depressão; as queixas somáticas são relativas à somatização; o isolamento social está associado com o isolamento ou mal-estar interpessoal; os problemas de sono estão relacionados com problemas no sono; os problemas de atenção surgem associados à hiperatividade e défice de atenção; e o comportamento agressivo está relacionado com a perturbação de oposição (Achenbach et al., 2014). As síndromes são agrupadas em duas escalas, a escala da Internalização e a escala da Externalização. A escala da Internalização aborda problemas que estão relacionados com o indivíduo e sintomas de natureza subjetiva (e.g., ansiedade, medos). A escala da Externalização engloba, conflitos com outras pessoas e as suas expectativas em relação à criança (Achenbach et al., 2014). As quatro primeiras síndromes referidas integram a escala da Internalização e as duas últimas síndromes integram a escala da Externalização. Os problemas de sono não pertencem a nenhuma das escalas. Para além destas escalas, é possível obter um *score* Total de Problemas, que indica a presença de sintomatologia geral (Achenbach et al., 2014).

A escala orientada pelo DSM-5 é composta por cinco escalas, nomeadamente, os problemas depressivos, os problemas de ansiedade, os problemas do espectro do autismo, défice

de atenção e problemas de hiperatividade e problemas de oposição e desafio (Achenbach et al., 2014).

As pontuações finais são obtidas numa escala não clínica, *borderline* ou clínica, permitindo obter três leituras dos dados. Numa primeira leitura, é possível identificar os problemas de Internalização, os problemas de Externalização, bem como, os problemas Totais de Comportamento. Uma segunda leitura permite identificar a cotação das escalas de síndromes e, por fim, a leitura dos dados orientados pelas categorias diagnósticas do DSM-5 (Achenbach et al., 2014). A escala orientada pelo DSM-5, a escala da Internalização e da Externalização são fundamentais neste estudo, pois é a partir delas que vão ser obtidos os resultados e perceber se está ou não presente psicopatologia.

1.4 Procedimentos de recolha de dados

Todos os procedimentos éticos necessários foram cumpridos, tendo sido fornecido aos Pais das crianças a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados ao longo de toda a investigação.

Os dados foram recolhidos entre outubro de 2013 a maio de 2014 na consulta pré-termo do hospital, no contexto do acompanhamento longitudinal destas crianças, sendo solicitado aos Pais acompanhantes o preenchimento da CBCL 1½-5, de forma individual.

1.5 Procedimentos de análise de dados

Relativamente aos procedimentos de análise de dados, foi utilizado o programa estatístico *IBM SPSS Statistics 22* - SPSS. Uma das vantagens de utilizar o programa SPSS tem a ver com a possibilidade de registar e analisar de forma rápida os dados quantitativos de diversas formas (Maroco, 2007).

Inicialmente, para analisar a informação relativa à caracterização da amostra, à caracterização dos pais e das mães da amostra e à caracterização do perfil comportamental das crianças, utilizou-se a estatística descritiva (Martins, 2011). Recorreu-se, também, à análise quantitativa-correlacional, orientada para a compreensão e predição dos fenómenos, no sentido de estabelecer relação entre variáveis, bem como analisar a interação entre as variáveis (e.g. Almeida, & Freire, 2008; Martins, 2011). Neste sentido, foram realizados *Testes de Associação*, concretamente o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r_s) e ainda *Testes de Diferenças*, concretamente o Teste de *Mann-Whitney* (U) (Martins, 2011).

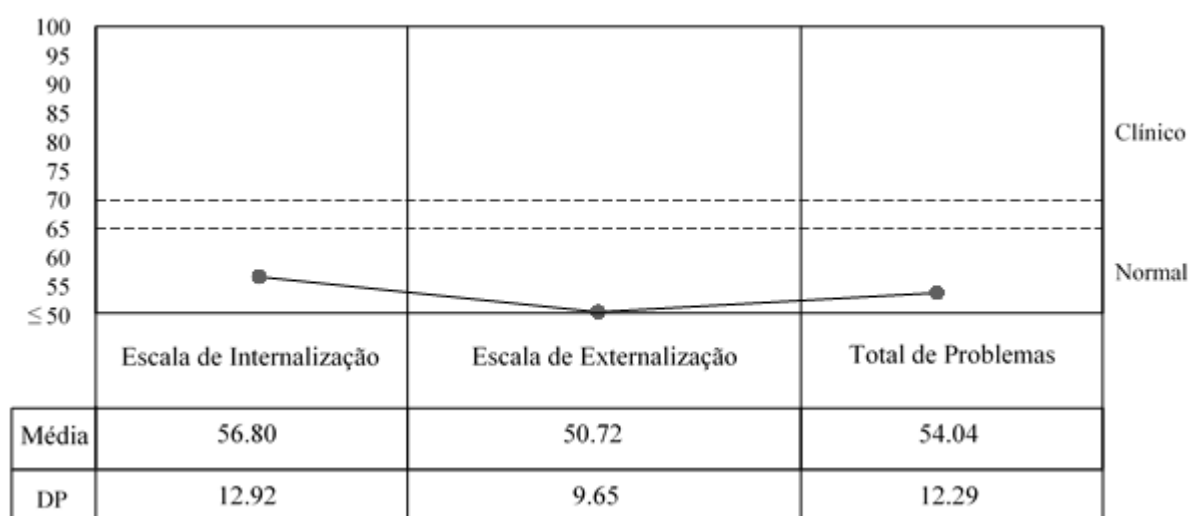
1.6 Apresentação dos resultados

1.6.1 Perfil comportamental das crianças prematuras

Nos quadros 1, 2 e 3 são apresentadas as médias e o desvio-padrão correspondentes aos perfis comportamentais das 25 crianças da amostra.

Quadro 1

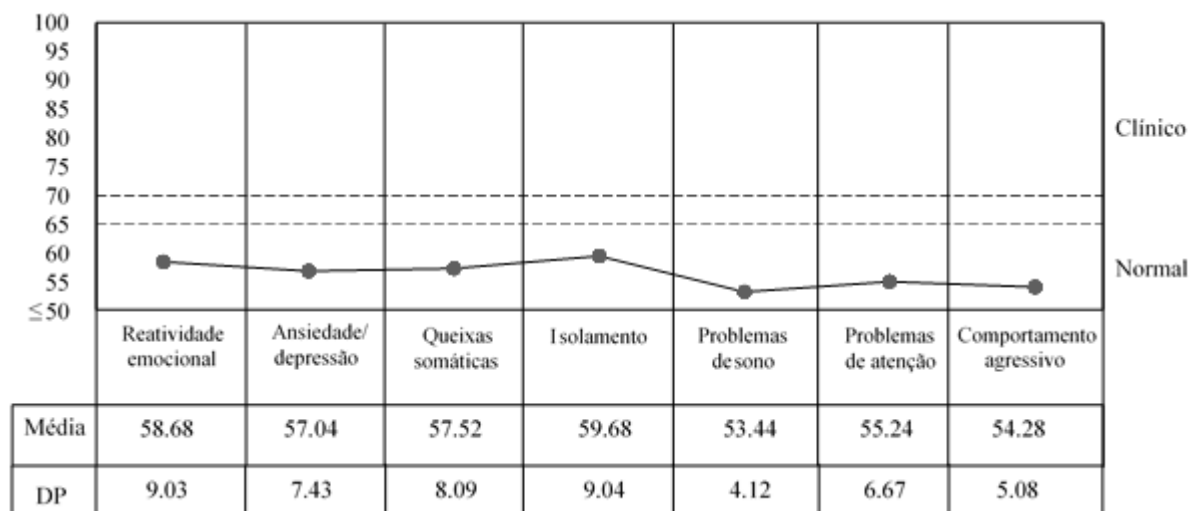
Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para a escala de internalização, de externalização e para o total de problemas



Constata-se através do quadro 1 que as crianças da amostra encontram-se todas nos valores esperados para as crianças da sua idade 1½ - 5 anos. De referir que, foi na escala de internalização que se obtiveram *scores* mais elevados ($\bar{x} = 56.80$, $DP = 12.92$).

Quadro 2

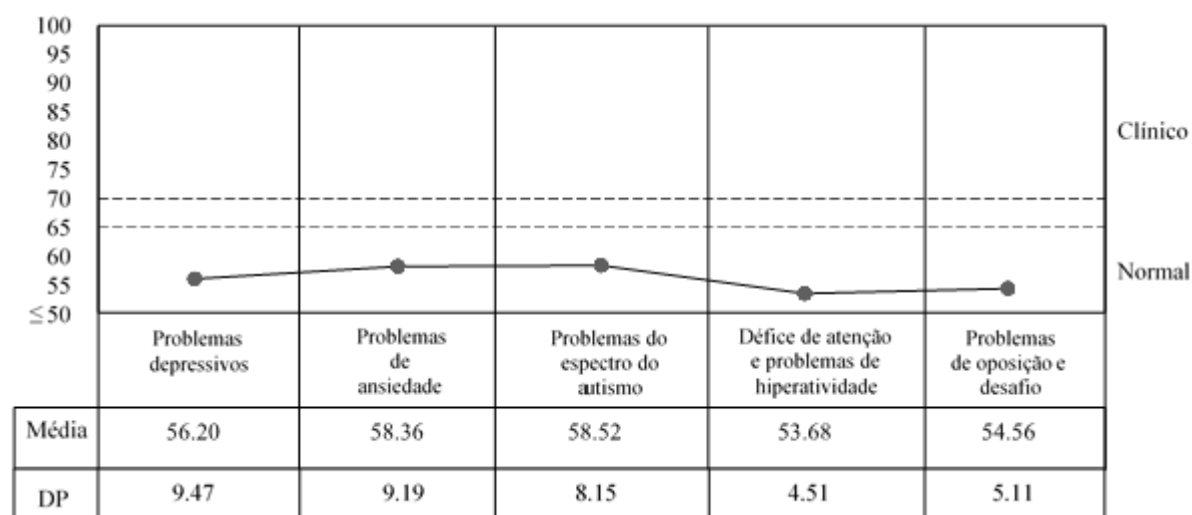
Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para as escalas de síndromes



Relativamente ao quadro 2, as médias das diferentes escalas apresentam valores próximos, variando entre 53.44 e 59.68, encontrando-se, assim, todas dentro da média. Todavia, verifica-se como valor mais elevado a escala do isolamento ($\bar{x} = 59.68$, DP = 9.04) e como valor mais baixo a escala dos problemas de sono ($\bar{x} = 53.44$, DP = 4.12).

Quadro 3

Estatística descritiva da CBCL 1½-5 para a escala orientada pelo DSM-5



Verifica-se através do quadro 3 que todas as médias das escalas orientadas pelo DSM-5, se encontram nos valores esperados dentro da média. Os valores das médias obtidas variam entre os 53.68 e 58.52. Uma análise comparativa destas escalas revela valores mais elevados

para a escala dos problemas do espectro do autismo ($\bar{x} = 58.52$, $DP = 8.15$) e para a escala dos problemas de ansiedade ($\bar{x} = 58.36$, $DP = 9.19$). Com média mais baixa surge a escala do défice de atenção e problemas de hiperatividade ($\bar{x} = 53.68$, $DP = 4.51$).

1.6.2 Relação entre a idade gestacional e peso à nascença e os comportamentos de internalização e externalização

Para explorar a relação entre as variáveis idade gestacional, peso à nascença, comportamentos de internalização e externalização, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Os dados de todos os 25 participantes foram utilizados nesta análise.

Tabela 3

Correlações entre a idade gestacional, o peso à nascença e os resultados das escalas de internalização e externalização da CBCL 1½-5

	Idade gestacional (semanas)		Peso à nascença (g)	
	r_s	p	r_s	p
Problemas de internalização	.377	.064	.399	.048*
Problemas de externalização	.350	.086	.428	.033*

* $p < .05$

A idade gestacional está positivamente correlacionada e a tender para os problemas de internalização, sendo que existe uma relação marginalmente significativa ($r_s = .38$, $p = .064$). Maior idade gestacional está associada a valores mais elevados na escala de internalização.

A idade gestacional está positivamente correlacionada e a tender para os problemas de externalização, sendo que existe uma relação marginalmente significativa ($r_s = .35$, $p = .086$). Assim, maior idade gestacional está associada a valores mais elevados na escala de externalização.

Quanto ao peso à nascença, este está positivamente correlacionado com a escala dos problemas de internalização, sendo que tende a existir uma relação marginalmente significativa

($r_s = .40$, $p = .048$). Assim, maior peso à nascença está associado a um valor mais elevado na escala de internalização.

O peso à nascença está positivamente correlacionado com a escala dos problemas de externalização, sendo que existe uma diferença estatisticamente significativa ($r_s = .43$, $p = .033$). Maior peso à nascença está associado a um valor mais elevado na escala de externalização.

1.6.3 Relação entre a idade gestacional e peso à nascença e a escala orientada pelo DSM-5

Para explorar a relação entre a idade gestacional, o peso à nascença e a escala orientada pelo DSM-5, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Os dados de todos os 25 participantes foram utilizados nesta análise.

Tabela 4

Correlações entre a idade gestacional, o peso à nascença e a escala orientada pelo DSM-5

	Idade gestacional (semanas)		Peso à nascença (g)	
	r_s	p	r_s	p
Problemas depressivos	.477	.016*	.452	.023*
Problemas de ansiedade	.164	.434	.109	.605
Problemas do espectro do autismo	.380	.061	.385	.058
Défice de atenção e problemas de hiperatividade	.284	.169	.465	.019*
Problemas de oposição e desafio	.270	.192	.305	.138

* $p < .05$

A idade gestacional está positivamente correlacionada com os problemas depressivos, sendo que existem diferenças estatisticamente significativas ($r_s = .48$, $p = .016$). Maior idade

gestacional está associada a um valor mais elevado na escala – problemas depressivos. Verifica-se também que a idade gestacional está positivamente correlacionada e a tender para os problemas do espectro do autismo ($r_s = .38, p = .061$). Assim, maior idade gestacional está associada a valores mais elevados nos problemas do espectro do autismo. Relativamente às restantes escalas, nomeadamente, aos problemas de ansiedade, ao défice de atenção e problemas de hiperatividade e aos problemas de oposição e desafio, a idade gestacional não está associada a estes problemas ($r_s = .16, p = .434$), ($r_s = .28, p = .169$), ($r_s = .27, p = .192$), respetivamente.

Quanto ao peso à nascença este encontra-se positivamente correlacionado com os problemas depressivos, sendo que existem diferenças estatisticamente significativas ($r_s = .45, p = .023$). Isto é, maior peso à nascença está associado a um valor mais elevado na escala dos problemas depressivos. Além disto, o peso à nascença está positivamente correlacionado com o défice de atenção e problemas de hiperatividade ($r_s = .47, p = .019$). Assim, maior peso à nascença está associado a um valor mais elevado na escala do défice de atenção e problemas de hiperatividade. O peso à nascença está também positivamente correlacionado com os problemas do espectro do autismo, sendo que tende a existir uma relação marginalmente significativa ($r_s = .39, p = .058$). Nesse sentido, o peso à nascença está associado a um valor mais elevado na escala dos problemas do espectro do autismo. Por fim, o peso à nascença não está associado aos problemas de ansiedade ($r_s = .11, p = .605$) nem aos problemas de oposição e desafio ($r_s = .31, p = .138$).

1.6.4 Relação entre o tempo de internamento com as escalas de síndromes

Para explorar a existência de associação entre o tempo de internamento e as escalas de síndromes, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, tendo como amostra as 25 crianças.

Tabela 5

Correlações entre o tempo de internamento e os resultados das escalas de internalização de externalização e dos problemas de sono da CBCL 1½-5

	Tempo de internamento (dias)	
	r_s	p
Reatividade emocional	-.309	.132
Ansiedade/depressão	-.032	.880
Queixas somáticas	-.064	.760
Isolamento	-.164	.433
Problemas de sono	.067	.752
Problemas de atenção	-.433	.031*
Comportamento agressivo	-.332	.105

* $p < .05$

O tempo de internamento não está associado com a escala de reatividade emocional, a escala de ansiedade/depressão, as queixas somáticas, o isolamento, os problemas de sono e o comportamento agressivo ($r_s = -.31, p = .132$), ($r_s = -.03, p = .880$), ($r_s = -.06, p = .760$), ($r_s = -.16, p = .43$), ($r_s = .07, p = .752$), ($r_s = -.33, p = .105$), respetivamente. De referir que, há uma correlação negativa significativa entre o tempo de internamento e os problemas de atenção, ($r_s = -.43, p = .031$). Assim, maior tempo de internamento está associado a valores mais baixos nos problemas de atenção.

1.6.5 Relação entre o tempo de internamento com a escala orientada pelo DSM-5

Para explorar a existência de associação entre o tempo de internamento e a escala orientada pelo DSM-5, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, tendo como amostra as 25 crianças.

Tabela 6

Correlações entre o tempo de internamento e a escala orientada pelo DSM-5

	Tempo de internamento (dias)	
	r_s	p
Problemas depressivos	-.423	.035*
Problemas de ansiedade	.062	.767
Problemas do espectro do autismo	-.272	.189
Défice de atenção e problemas de hiperatividade	-.506	.010**
Problemas de oposição e desafio	-.164	.434

* $p < .05$; ** $p < .01$

O tempo de internamento não está associado aos problemas de ansiedade ($r_s = .06$, $p = .767$), aos problemas do espectro do autismo ($r_s = -.27$, $p = .189$) e aos problemas de oposição e desafio ($r_s = -.16$, $p = .434$). Há uma correlação negativa significativa entre o tempo de internamento e os problemas depressivos ($r_s = -.42$, $p = .35$). Assim, maior tempo de internamento está associado a valores mais baixos nos problemas depressivos. Existe, também, uma correlação negativa significativa entre o tempo de internamento e o défice de atenção e os problemas de hiperatividade, ($r_s = -.51$, $p = .010$). Assim, maior tempo de internamento está associado a um valor mais baixo no domínio do défice de atenção e problemas de hiperatividade. Este dado corrobora o que foi verificado anteriormente para os problemas de atenção.

1.6.6 Análise comparativa considerando o estatuto profissional e o nível educacional dos pais e das mães com as escalas de síndromes e a escala orientada pelo DSM-5

De forma a comparar o estatuto profissional e o nível educacional dos pais e das mães com os resultados das escalas de síndromes e da escala orientada pelo DSM-5, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Os dados de todos os 25 participantes foram utilizados nestas análises.

1.6.6.1 Análise comparativa considerando o estatuto profissional dos pais e das mães com as escalas de síndromes

Tabela 7

Comparação entre o estatuto profissional dos pais e das mães com os resultados das escalas de síndromes

	Profissão Pai ^a		Profissão Mãe ^a		Pai	Mãe
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
	(n = 7)	(n = 13)	(n = 8)	(n = 16)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
Reatividade emocional	5.71	13.08	7.56	14.97	12.00*	24.50**
Ansiedade/depressão	6.36	12.73	9.63	13.94	16.50**	41.00
Queixas somáticas	8.50	11.58	9.94	13.78	31.50	43.50
Isolamento	6.64	12.58	9.44	14.03	18.50**	39.50
Problemas de sono	9.93	10.81	12.19	12.66	41.50	61.50
Problemas de atenção	8.14	11.77	10.19	13.66	29.00	45.50
Comportamento agressivo	6.71	12.54	9.75	13.88	19.00**	42.00

Nota. ^a EGA (Amaro, 1990).

* $p < .01$; ** $p < .05$

Relativamente ao estatuto profissional do pai verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível da reatividade emocional, $U = 12.00$, $p = .006$; ao nível da ansiedade/depressão, $U = 16.50$, $p = .020$; ao nível do isolamento, $U = 18.50$, $p = .030$; e ao nível do comportamento agressivo, $U = 19.00$, $p = .027$. Assim, os pais do grupo 2 relatam mais estes problemas do que os pais do grupo 1. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 2 e o grupo 1 ao nível das queixas somáticas, $U = 31.50$, $p = .257$, ao nível dos problemas de sono, $U = 41.50$, $p = .739$ e ao nível dos problemas de atenção, $U = 29.00$, $p = .176$.

Quanto ao estatuto profissional da mãe, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 2 e o grupo 1 ao nível da reatividade emocional, $U = 24.50$, $p = .013$. Isto é, as mães do grupo 2 relatam mais problemas de reatividade emocional do que as mães do grupo 1. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1 ao nível da ansiedade/depressão, $U = 41.00$, $p = .154$; ao nível das queixas somáticas, $U = 43.50$, $p = .200$; ao nível do isolamento, $U = 39.50$, $p = .130$; ao nível dos problemas de sono, $U = 61.50$, $p = .874$; ao nível dos problemas de atenção, $U = 45.50$, $p = .246$; e ao nível do comportamento agressivo, $U = 42.00$, $p = .164$.

1.6.6.2 Análise comparativa considerando o estatuto profissional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5

Tabela 8

Comparação entre o estatuto profissional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5

	Profissão Pai ^a		Profissão Mãe ^a		Pai	Mãe
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
	(n = 7)	(n = 13)	(n = 8)	(n = 16)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
Problemas depressivos	6.71	12.54	9.00	14.25	19.00*	36.00**
Problemas de ansiedade	7.71	12.27	10.06	13.72	22.50**	44.50
Problemas do espectro do autismo	7.14	12.31	10.44	13.53	22.00**	47.50
Défice de atenção e problemas de hiperatividade	8.29	11.69	10.44	13.53	30.00	47.50
Problemas de oposição e desafio	6.79	12.50	9.06	14.22	19.50*	36.50**

Nota. ^a EGA (Amaro, 1990).

* $p < .05$; ** $p < .10$

Relativamente ao estatuto profissional dos pais verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível dos problemas depressivos, $U = 19.00$, $p = .032$ e ao nível dos problemas de oposição e desafio, $U = 19.50$, $p = .030$. Assim, os pais do grupo 2 relatam valores mais elevados nestes problemas do que os pais do grupo 1. Os pais do grupo 2 tendem a relatar valores mais elevados nos problemas de ansiedade do que os pais do grupo 1, $U = 22.50$, $p = .064$. Os pais do grupo 2 tendem a relatar também valores mais elevados nos problemas do espectro do autismo do que os pais do grupo 1, $U = 22.00$, $p = .059$. Ainda, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1, ao nível do défice de atenção e problemas de hiperatividade, $U = 30.00$, $p = .204$.

As mães do grupo 2 tendem a relatar valores mais elevados nos problemas depressivos do que as mães do grupo 1, $U = 36.00$, $p = .080$, e tendem também a relatar valores mais elevados nos problemas de oposição e desafio do que as mães do grupo 1, $U = 36.50$, $p = .081$. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1 ao nível dos problemas de ansiedade, $U = 44.50$, $p = .226$; ao nível dos problemas do espectro do autismo, $U = 47.50$, $p = .308$; e ao nível do défice de atenção e problemas de hiperatividade, $U = 47.50$, $p = .301$.

1.6.6.3 Análise comparativa considerando o nível educacional dos pais e das mães com as escalas de síndromes

Tabela 9

Comparação entre o nível educacional dos pais e das mães com os resultados das escalas de síndromes

	Habilitação Pai ^a		Habilitação Mãe ^a		Pai	Mãe
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
	(n = 11)	(n = 6)	(n = 10)	(n = 8)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
Reatividade emocional	7.32	12.08	6.80	12.88	14.50**	13.00*
Ansiedade/depressão	7.68	11.42	7.55	11.94	18.50	20.50**
Queixas somáticas	8.18	10.50	7.65	11.81	24.00	21.50**
Isolamento	7.14	12.42	7.20	12.38	12.50*	17.00*
Problemas de sono	9.09	8.83	9.40	9.63	32.00	39.00
Problemas de atenção	7.32	12.08	7.95	11.44	14.50**	24.50
Comportamento agressivo	7.00	12.67	6.80	12.88	11.00*	13.00*

Nota. ^a EGA (Amaro, 1990).

* $p < .05$; ** $p < .10$

Quanto ao nível educacional, há diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível do isolamento, $U = 12.50$, $p = .037$. Os pais do grupo 2 relatam valores mais elevados nos problemas de isolamento do que os pais do grupo 1. Existem também, diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível dos comportamentos agressivos, $U = 11.00$, $p = .023$. Assim, os pais do grupo 2 relatam valores mais elevados nos comportamentos agressivos do que os pais do grupo 1. Os pais do grupo 2 tendem a relatar valores mais elevados nos problemas ao nível da reatividade emocional do que os pais do grupo 1, $U = 14.50$, $p = .054$. Além disso, os pais do grupo 2 também tendem a relatar valores mais elevados nos problemas de atenção do que os

pais do grupo 1, $U = 14.50$, $p = .058$. De referir que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível da ansiedade/depressão, $U = 18.50$, $p = .138$; ao nível das queixas somáticas, $U = 24.00$, $p = .356$; e ao nível dos problemas de sono, $U = 32.00$, $p = .917$.

No nível educacional das mães, existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1, ao nível da reatividade emocional, $U = 13.00$, $p = .013$; ao nível do isolamento, $U = 17.00$, $p = .039$; e ao nível do comportamento agressivo, $U = 13.00$, $p = .014$. As mães do grupo 2 relatam valores mais elevados nestes problemas do que as mães do grupo 1. As mães do grupo 2 tendem a relatar valores mais elevados nos problemas de ansiedade/depressão do que as mães do grupo 1, $U = 20.50$, $p = .079$. As mães do grupo 2 tendem também a relatar valores mais elevados nas queixas somáticas do que as mães do grupo 1, $U = 21.50$, $p = .094$. Por fim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1 ao nível dos problemas de sono, $U = 39.00$, $p = .926$; e ao nível dos problemas de atenção, $U = 24.50$, $p = .161$.

1.6.6.4 Análise comparativa considerando o nível educacional dos pais e das mães com a escala orientada pelo DSM-5

Tabela 10

Comparação entre o nível educacional dos pais e das mães com os resultados da escala orientada pelo DSM-5

	Habilitação Pai ^a		Habilitação Mãe ^a		Pai	Mãe
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
	(n = 11)	(n = 6)	(n = 10)	(n = 8)		
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média		
Problemas depressivos	7.64	11.50	7.70	11.75	18.00	22.00
Problemas de ansiedade	7.64	11.50	7.40	12.13	18.00	19.00***
Problemas do espectro do autismo	7.95	10.92	7.75	11.69	21.50	22.50
Défice de atenção e problemas de hiperatividade	6.45	13.67	7.20	12.38	5.00*	17.00**
Problemas de oposição e desafio	7.82	11.17	7.40	12.13	20.00	19.00**

Nota. ^a EGA (Amaro, 1990).

* $p < .01$; ** $p < .05$; *** $p < .10$

Relativamente ao nível educacional, há diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível do défice de atenção e problemas de hiperatividade, $U = 5.00$, $p = .004$. Os pais do grupo 2 relatam valores mais elevados no défice de atenção e problemas de hiperatividade do que os pais do grupo 1. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais do grupo 2 e os pais do grupo 1 ao nível dos problemas depressivos, $U = 18.00$, $p = .122$; ao nível dos problemas de ansiedade, $U = 18.00$, $p = .125$; ao nível dos problemas do espectro do autismo, $U = 21.50$, $p = .243$; e ao nível dos problemas de oposição e desafio, $U = 20.00$, $p = .165$.

Quanto ao nível educacional das mães, existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1, ao nível do défice de atenção e problemas de hiperatividade, $U = 17.00$, $p = .037$; e ao nível dos problemas de oposição e desafio, $U = 19.00$, $p = .049$. As mães do grupo 2 relatam valores mais elevados nestes problemas do que as mães do grupo 1. As mães do grupo 2 tendem a relatar valores mais elevados nos problemas de ansiedade face às mães do grupo 1, $U = 19.00$, $p = .058$. Por fim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães do grupo 2 e as mães do grupo 1 ao nível dos problemas depressivos, $U = 22.00$, $p = .102$; e ao nível dos problemas do espectro do autismo, $U = 22.50$, $p = .117$.

1.7 Discussão dos resultados

Serão apresentadas as principais conclusões do presente estudo, que tem como objetivo geral obter um perfil acerca da psicopatologia das crianças e verificar se existe alguma relação entre esses perfis e a história clínica da criança (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento), considerando as variáveis de natureza sociodemográfica dos pais e das mães (estatuto profissional e nível educacional).

Primeiramente foi realizado o perfil comportamental das 25 crianças da amostra, com idades compreendidas entre os 50 e os 58 meses. Analisando o perfil obtido através da CBCL 1½-5 verifica-se que não existem problemas de internalização nem de externalização, bem como na escala orientada pelo DSM-5, os *scores* encontram-se todos dentro da média. Assim, as crianças encontram-se na média esperada para as crianças da sua idade 1½-5 anos. Tais resultados não vão de encontro ao estudo realizado por van Baar et al. (2006) que utilizando o mesmo instrumento de avaliação concluiu que, as crianças que nasceram prematuras apresentam mais problemas ao nível da externalização e ao nível emocional. Outros estudos referem também que, crianças nascidas prematuramente apresentam problemas ao nível do comportamento (e.g. Bhutta et al., 2002; Colvin et al., 2004; Martins et al., 2005). Contudo, segundo Baldoni (2010) e de encontro aos resultados obtidos no estudo, se os Pais estiverem presentes e envolvidos nos cuidados prestados aos filhos e se estabelecerem uma relação de vinculação segura, estes bebés terão uma melhor e mais rápida recuperação, daí ser um fator que poderá explicar a ausência de psicopatologia na amostra deste estudo.

Da análise comparativa das escalas é possível verificar que, a escala do isolamento apresenta o valor mais elevado ($\bar{x} = 59.68$), indo de encontro ao estudo realizado por Stern e Hildebrandt (1986), que concluíram que as crianças nascidas prematuramente são menos ativas

e tendem a ser tratadas como mais frágeis e menos acessíveis. Os pais das crianças ao relataram valores mais elevados na escala do isolamento, poderá estar relacionado com o facto dos Pais das crianças prematuras tenderem a revelar comportamentos de superproteção que terá impacto no desenvolvimento da criança, mais concretamente, ao nível da socialização (Linhares et al., 2000).

Correlacionando a idade gestacional e o peso à nascença com os problemas de internalização e os problemas de externalização, verifica-se que tende a existir uma relação marginalmente significativa da idade gestacional com os problemas de internalização e os problemas de externalização. Assim, maior idade gestacional está associada a valores mais elevados na escala de internalização e de externalização. Quanto ao peso à nascença verifica-se que este encontra-se positivamente correlacionado com os problemas de internalização e os problemas de externalização. Isto é, maior peso à nascença está associado a valores mais elevados nas escalas de internalização e externalização. Os resultados obtidos não vão de encontro à literatura, pois segundo Michalowicz e Durand (2007) o impacto dos problemas que as crianças nascidas prematuramente poderão desenvolver estão diretamente relacionados com a baixa idade gestacional e com o baixo peso do recém-nascido. Focando na escala orientada pelo DSM-5, os resultados indicam que, associada a uma maior idade gestacional encontram-se valores mais elevados de problemas depressivos e do espectro do autismo. Quanto maior for o peso à nascença, encontram-se, também, associados maiores valores de problemas depressivos e do espectro do autismo, bem como, do défice de atenção e problemas de hiperatividade. Assim, com os resultados do estudo, considera-se que os fatores biológicos não estão associados à forma como os Pais percecionam e avaliam as crianças, mas sim às variáveis sociais, mais concretamente ao nível do estatuto profissional e do nível educacional dos pais e das mães, sendo estas variáveis abordadas com detalhe mais à frente.

Quanto ao tempo de internamento, este encontra-se correlacionado negativamente com os problemas de atenção e o défice de atenção e problemas de hiperatividade, existindo assim uma associação destes dois problemas. Isto significa que maior tempo de internamento está associado a valores mais baixos nos problemas de atenção e de défice de atenção e problemas de hiperatividade. Podendo isto significar que as UCIN's tal como refere a literatura estão cada vez mais evoluídas, atendendo cada vez mais às características dos bebés prematuros. Isto porque, inicialmente as UCIN's constituíam-se num meio de elevados níveis de luz, som e ruído o que poderia provocar mais tarde, consequências negativas ao nível dos problemas de atenção nas crianças (Barros, 2001a). Como referido anteriormente, a CBCL 1½-5 é um instrumento preenchido pelos Pais de acordo com aquilo que experienciam e percecionam. Assim, apesar

destes resultados não estarem de encontro com a literatura indicada, pois Martinet (2008) refere que pelas condições adversas que as crianças passaram na UCIN, mais tarde, podem traduzir-se em consequências, como perturbações de comportamento, inibição, passividade e problemas emocionais, os resultados deste estudo traduzem o que alguns estudos indicam, ou seja, maior tempo de internamento de recém-nascidos na UCIN, maior suporte fornecido pela equipa hospitalar aos Pais, quer a nível psicológico quer a nível informacional, o que poderá contribuir para um melhor ajustamento dos pais e das mães com implicações para a desconstrução de crenças e medos desajustados, o que poderá tornar os Pais mais confiantes nos cuidados com as crianças (e.g. Davis, Edwards, Mohay, & Wollin 2003; Viana, Maia, Ramos, Mendes, & Guimarães, 2005). Além disto, estes resultados vão também de encontro ao referido por Lau e Morse (2003) pois com o passar do tempo, desde o nascimento do bebé prematuro, os Pais experienciam diversos sentimentos negativos e pessimistas, sendo que estes, com o passar do tempo vão atenuando, ou seja, comparando os Pais de bebés nascidos prematuros com os Pais de bebés nascidos a termo, conclui-se que os Pais dos bebés prematuros acabam por obter valores similares aos Pais de bebés nascidos a termo (Lau, & Morse, 2003). Estes aspetos terão influências na forma como os pais e as mães percecionam os filhos e, posteriormente, nos resultados da CBCL 1½-5.

Outro aspeto importante a ter em conta neste estudo está relacionado com a exploração do perfil comportamental das crianças com os dados sociodemográficos dos pais e das mães, mais concretamente, o estatuto profissional e o nível educacional. Verifica-se assim que, no grupo 2 e 1, tanto para o estatuto profissional como para o nível educacional do pai e da mãe, encontram-se diferenças estatisticamente significativas, o que indica que pais e mães com profissões do grau 4 e 5 da EGA e habilitações académicas inferiores ao 9º ano de escolaridade pontuam valores mais elevados para os problemas de internalização, de externalização e da escala orientada pelo DSM-5. Mais concretamente, no que diz respeito ao estatuto profissional os pais e as mães do grupo 2 registam valores mais elevados para os problemas ao nível da reatividade emocional, ao nível dos problemas depressivos e dos problemas de oposição e desafio. Os pais face às mães relatam ainda mais problemas de ansiedade/depressão, isolamento, comportamento agressivo e problemas do espectro do autismo.

Quanto ao nível educacional dos pais e das mães (habilitações académicas inferiores ao 9º ano de escolaridade) ambos relatam mais problemas ao nível da reatividade emocional, do isolamento, dos comportamentos agressivos e do défice de atenção e problemas de hiperatividade. Porém, os pais relatam também valores mais elevados para os problemas de atenção, enquanto as mães relatam valores mais elevados para os problemas de

ansiedade/depressão, comportamentos de oposição e desafio e queixas somáticas. Contrariamente ao que aconteceu no estatuto profissional, no nível educacional as mães relataram mais problemas do que os pais. De forma geral, existe congruência entre os pais e as mães, no entanto, considerando o estatuto profissional, os pais relatam mais problemas do que as mães e considerando o nível educacional são as mães que relatam mais problemas do que os pais. Verifica-se assim, que o estatuto profissional e o nível educacional são determinantes na forma como os pais e as mães avaliam os seus filhos. De acordo com Turner e Johnson (2003), o estatuto profissional, o nível educacional e as condições económicas da família tendem a afetar a parentalidade, principalmente no que diz respeito às práticas educativas. A um estatuto profissional mais elevado e a um nível educacional superior estão associadas práticas educativas orientadas para a autonomia da criança e para um maior conhecimento acerca dos processos de desenvolvimento infantil por parte dos Pais, o que contribui para o modo como os pais e as mães compreendem o comportamento das crianças e consequentemente na forma como vão interagir com elas (Benasich, & Brooks-Gunn, 1996). Assim, o estatuto profissional e o nível educacional agem como fatores protetores da criança, isto é, quanto mais elevado for o estatuto profissional e o nível educacional, a qualidade do ambiente familiar tende a ser melhor, pois as experiências tendem a ser mais estimulantes e as interações mais consistentes, sentindo-se os Pais mais confiantes e seguros, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de vinculação segura, podendo influenciar positivamente o desenvolvimento da criança (Abreu-Lima, 2005; Jones, & Prinz, 2005). Estes fatores protetores da criança estarão assim a influenciar positivamente o desenvolvimento da mesma, atenuando o impacto do fator de risco que se constitui o nascer prematuro e os fatores de risco relacionados com a psicopatologia que poderão estar associados ao nascimento prematuro (e.g. Haggerty et al., 2000).

Associados a um estatuto profissional e a um nível educacional mais baixo está a presença de *stress* nas famílias, diminuindo a probabilidade das crianças desfrutarem de meios estimulantes, além disso, os Pais conversam menos com os filhos, utilizando mais intervenções punitivas (Abreu-Lima, 2005), funcionando assim como fatores de risco no desenvolvimento da criança. Contudo, estas associações não devem ser generalizadas, visto que existem famílias de níveis socioeconómicos mais baixos que proporcionam ambientes de qualidade à criança (Abreu-Lima, 2005).

Assim, a prematuridade constitui-se como um fator de risco para a criança, que dependendo das suas características individuais e das características contextuais (e.g., ambiente familiar), podem ou não desenvolver psicopatologia (traduzindo assim o conceito de

multifinalidade) originando diferentes trajetórias desenvolvimentais (Sapienza, & Pedromônico, 2005).

Caracterizando os dados sociodemográficos, é possível verificar que existem níveis educacionais mais elevados face a estatutos profissionais mais baixos. O que poderá estar associado à zona geográfica do estudo (região Norte do país) e à crise econômica que o País está a atravessar.

Do estudo realizado, verifica-se que os dados sociodemográficos, nomeadamente, o estatuto profissional e o nível educacional dos pais e das mães, encontram-se diretamente associados com o perfil comportamental das crianças. Com estes resultados, pode-se afirmar que embora a história clínica da criança (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento), sejam muito importantes ao longo do desenvolvimento da criança (Bendersky, & Lewis, 1994), a sua influência vai decrescendo ao longo dos anos, tendo as variáveis sociodemográficas um papel cada vez mais importante e decisivo à medida que a criança cresce (Bendersky, & Lewis, 1994). Assim, não é a história clínica que contribui para a compreensão da psicopatologia nas crianças mas sim as variáveis sociais e, neste caso, as características parentais. De acordo com Poehlmann e Fiese (2001) a relação entre o risco biológico e o desenvolvimento do bebé prematuro não é direta. Apesar da existência do risco biológico, se os bebés experienciarem interações positivas e afetivas logo após o seu nascimento com os seus Pais, são mais suscetíveis de terem um melhor desenvolvimento. Importa então referir que, os contextos em que a criança está inserida assumem um papel importante e decisivo no seu desenvolvimento (Bendersky, & Lewis, 1994).

Conclusão

Espera-se que este trabalho possa servir de referência para estudos futuros e, assim, contribuir para aprofundar a resposta a problemas que o presente estudo não esgota.

Este estudo revela-se de elevada pertinência, uma vez que, alerta para a importância das variáveis sociais dos pais e das mães no perfil comportamental das crianças, ou seja, é possível concluir que, não são as variáveis de risco biológico que explicam a presença ou não de psicopatologia, mas sim as variáveis sociais (o estatuto profissional e o nível educacional dos Pais). Segundo Hossain e Anziano (2008) o estatuto profissional e o nível educacional dos Pais exercem influência no desenvolvimento da criança, isto é, um estatuto profissional e um nível educacional mais elevado está relacionado com comportamentos paternos mais positivos. Assim, as dinâmicas familiares serão influenciadas pela situação profissional e pelo nível

educacional dos Pais, exercendo influências no desenvolvimento da criança, sendo que consequências positivas contribuirão para menores problemas relacionados com a psicopatologia (Schoppe-Sullivan, Weldon, Cook, Davis, & Buckley, 2009).

De acordo com o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979), que salienta a importância das características das crianças e dos contextos no qual a mesma está inserida (tal como referem os resultados do presente estudo), não se deve atender apenas às variáveis de risco biológico mas também a todos os contextos em que a criança se encontra, pois eles são determinantes e influenciam o desenvolvimento da mesma (Guralnick, 1993).

Este enquadramento conceptual é pertinente para a leitura dos resultados do nosso estudo, uma vez que se verifica que os Pais com estatuto profissional e nível educacional mais elevado, reportam menos problemas de comportamento nas crianças. Ou seja, o estatuto profissional e o nível educacional exercem influências significativas na forma como os Pais interagem, percebem e avaliam as crianças.

Assim e de acordo com os resultados do estudo, ao analisar o perfil comportamental das crianças nascidas prematuramente, é possível perceber que não existe uma relação direta entre prematuridade e psicopatologia, podendo contribuir assim para a redução de estereótipos.

Como principal limitação do estudo, prende-se o número reduzido da amostra, comparativamente com o total de nascimentos prematuros que ocorrem todos os anos em Portugal Continental, limitando assim a generalização dos resultados obtidos. Além disso, relativamente ao estatuto profissional e ao nível educacional, como o grupo 2 é constituído por um maior número de participantes, tal facto poderá influenciar os resultados obtidos. O facto de não ser utilizado no estudo um grupo de controlo é outra limitação, bem como, seria pertinente utilizar além da CBCL 1½-5 o Questionário de Comportamentos da Criança -Versão para Educadores 1½ - 5 anos (C-TRF 1½ - 5) de modo a cruzar a informação dos Pais com a dos Educadores.

Como sugestões para investigações futuras, seria interessante alargar a recolha de dados pelas restantes regiões do País, ou seja, pela região Centro e pela região Sul, possibilitando assim, obter uma maior e diversificada amostra de forma a existir maior consistência no que aos resultados diz respeito. Considero também importante, continuar a acompanhar as crianças, de modo a perceber na fase da adolescência e na idade adulta, quais as possíveis implicações das variáveis de risco biológico e das variáveis sociais no seu desenvolvimento.

Referências bibliográficas

Abreu-Lima, I. (2005). Avaliação do ambiente familiar e seu impacto na educação e desenvolvimento de crianças em idade pré-escolar. In J. Bairrão (Ed.), *Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos* (pp. 98-140). Porto. Livpsic.

Achenbach, T. (2000). *Preschool (Ages 1½-5) Assessments*. Consultado em ASEBA: <http://www.aseba.org/preschool.html>.

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Affleck, G., & Tennen, H. (1991). The Effect of Newborn Intensive Care on Parents' Psychological Well-Being. *Children's Health Care*, 20(1), 6-14.

Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C., & O'Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*, 113(2), 267-273.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Amaro, F. (1990). Escala de Graffar Adaptada. In: A. Costa (Ed.), *Currículos Funcionais* (vol. II). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) (DSM - 5). Washington, DC: Author.

Baldoni, F. (2010). Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective. *Abstract 2nd Biennial Conference of International Association for the Study of Attachment*, 1-15.

Barros, L. (2001a). O bebê nascido em situação de risco. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, L. (2001b). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto Editora.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-Nascido*. Washington, DC: Save the Children Federation.

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J.H., Rubens, C., Menon, R., & Look, P. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38. doi:10.2471/BLT.08.062554.

Benasich, A. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Maternal Attitudes and Knowledge of Child-Rearing: Associations with Family and Child Outcomes. *Child Development*, 67, 1186-1205.

Bendersky, M. & Lewis, M. (1994). Environmental risk, biological risk, and developmental outcome. *Developmental Psychology*, 30(4), 484-494.

Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm: A Meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728-737. doi: 10.1001/jama.288.6.728.

Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A., Kinney, M., & Lawn, J. (2012a). 15 million preterm births: priorities for action based on national, regional and global estimates. In WHO (Ed.), *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth* (pp. 17-45). Switzerland: WHO Library.

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A., Narwal, R., Adler, A., Garcia, C. V., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012b). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379, 2162-2172.

Botelho, T. M., & Leal, I. P. (2001). Sobre a Prematuridade. In T. M. Botelho, & I. P. Leal (Eds.). *Personalidade Materna e Prematuridade* (pp. 61-84). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança* (13ª ed.). Queluz de Baixo: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Cramer B. G. (1993). *A Relação Mais Precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., & Morris, A. P. (1999). The Ecology of Developmental Processes. In Gomes-Pedro, J. (Ed.), *Stress e Violência na Criança e no Jovem* (1ª ed., Vol. 1, pp.21-95). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Calheiros, M. M., & Monteiro, M. B. (2007). Relações familiares e práticas maternas de mau trato e de negligência. *Análise Psicológica*, 2(XXV), 195-210.

Chapieski, M. L., & Evankovich, K. D. (1997). Behavioral Effects of Prematurity. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 221-239.

Colvin, M., McGuire, W., & Fowlie, P. W. (2004). ABC of preterm birth: Neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *British Medical Journal*, 329(11), 1390-1393. doi:10.1136/bmj.329.7479.1390.

Coppola, G., Cassibba, R., & Costantini, A. (2007). What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: The role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior & Development*, 30, 679-684. doi: 10.1016/j.infbeh.2007.03.004.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday Stresses and Parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting* (2^a ed., Vol. 5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61-70. doi:10.1016/S0378-3782(03)00073-2.

Farooqi, A., Hägglöf, B., Sedin, G., Gothefors, L., & Serenius, F. (2007). Mental Health and Social Competencies of 10- to 12-Year-Old Children Born at 23 to 25 Weeks of Gestation in the 1990s: A Swedish National Prospective Follow-up Study. *Pediatrics*, 120(1), 118-133. doi: 10.1542/peds.2006-2988.

Goldberg, S., & DiVitto, B. (2002). Parenting Children Born Preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Children and Parenting* (2^a ed., Vol. 1, pp. 329-354). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Gomes, C. G., Trindade, G. P. G., & Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem Referência*, II(11), 105-116.

Graça, L. (1996). Parto pré-termo. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal: fundamentos e prática clínica* (pp. 161-178). Lisboa: Wyeth Lederle.

Greene, J. G., Fox, N. A., & Lewis, M. (1983). The Relationship between Neonatal Characteristics and Three-Month Mother-Infant Interaction in High-Risk Infants. *Child Development*, 54, 1286-1296.

Guralnick, M. J. (1993). Second Generation Research on the Effectiveness of Early Intervention. *Early Education and Development*, 4(4), 366-378.

Guralnick, M. J. (2005). Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Future Prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324. doi: 10.1111/j.1468-3148.2005.00270.x.

Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.

Halpern, L. F., Brand, K. L., & Malone, A. F. (2001). Parenting *Stress* in Mothers of Very-Low-Birth-Weight (VLBW) and Full-Term Infants: A Function of Infant Behavioral Characteristics and Child-Rearing Attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), 93-104.

Hoy, W. K. (2010). *Quantitative research in education: A primer*. Los Angeles: Sage.

Hossain, Z., & Anziano, M. C. (2008). Mother's and Father's Involvement with School-Age Children's Care and Academic Activities in Navajo Indian Families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 109-117.

Hummel, P. A., & Eastman, D. L. (1991). Do parents of preterm infants suffer chronic sorrow?. *Neonatal Network*, 10(4), 59-65.

INE (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Capron, C., De Pauw, S. S. W., Dias, P., Dobrea, A., Doepfner, M., Duyme, M., Eapen, V., Erol, N., Esmaeili, E. M., Ezpeleta, L., Frigerio, A., Gonçalves, M. M., Gudmundsson, H. S., Jeng, S., Jetishi, P., Jusiene, R., Kim, Y., Kristensen, S., Lecannelier, F., Leung, P. W. L., Liu, J., Montiroso, R., Oh, K. J., Plueck, J., Pomalima, R., Shahini, M., Silva, J. R., Simsek, Z., Sourander, A., Valverde, J., Van Leeuwen, K. G., Woo, B. S. C., Wu, Y., Zubrick, S. R., & Verhulst, F. C. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224.

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363. doi: 10.1016/j.crp.2004.12.004.

Jong, M., Verhoeven, M., & van Baar, A. L. (2012). School outcome, cognitive functioning, and behavior problems in moderate and late preterm children and adults: a review. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 17(3), 163-169. doi: 10.1016/j.siny.2012.02.003.

Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.

Landry, S. H., Chapieski, M. L., Richardson, M. A., Palmer, J., & Hall, S. (1990). The Social Competence of Children Born Prematurely: Effects of Medical Complications and Parent Behaviors. *Child Development*, 61, 1605-1616.

Lau, R., & Morse, C. A. (2003). Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress and Health*, 19, 69-78.

Lerner, R., & Walls, T. (1999). Revisiting individuals as producers of their development. From dynamic interactionism to developmental systems. In J. Brandtstadter, & R. Lerner (Eds.), *Action and self-development. Theory and research through the life span* (pp. 3-36). Thousand Oaks, CA: Sage.

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 10(18), 60-69.

Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., Rudan, I., Campbell, H., Cibulskis, R., Li, M., Mathers, C., & Black, R. E. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*, 379, 2151-2161. doi: org/10.1016/S0140-6736(12)60560-1.

- MacDorman, M. F., Martin, J. A., Mathews, T. J., Hoyert, D. L., & Ventura, S. J. (2005). Explaining the 2001–02 Infant Mortality Increase: Data From the Linked Birth/Infant Death Data Set. *National Vital Statistics Reports*, 53(12), 1-22.
- Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 846-852.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com a utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinet, S. (2008). A prematuridade. In Bayle, F., & Martinet, S. (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, I. M. B., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 235-243.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.227.
- Michalowicz, B. S., & Durand, R. (2007). Maternal periodontal disease and spontaneous preterm birth. *Periodontology 2000*, 44, 103–112.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moster, D. Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273.

Nowicki, P. (1994). Neonatal problems: medical issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of pediatric psychology* (pp. 11-16). Boston: Allyn and Bacon.

O'Brien, M., Soliday, E., & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Paediatric Psychology* (2^a ed., pp. 463-477). New York: The Guilford Press.

Pedrosa, A., Canavarro, M. C., Oliveira, C. M., Ramos, M. M., & Monteiro, S. O. (2005). Prematuridade e transição para a parentalidade: Comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros. *Iberpsicología*, 10.

Petrou, S., Mehta, Z., Hockley, C., Cook-Mozaffari, P., Henderson, J., & Goldacre, M. (2003). The Impact of Preterm Birth on Hospital Inpatient Admissions and Costs During the First 5 Years of Life. *Pediatrics*, 112(6), 1290-1297.

Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001). Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behavior & Development*, 24, 171-188.

Ramos, H. A. C., & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Revista de Enfermagem*, 13(2), 297-304.

Reichenberg, K. (2005). The Child Behaviour Checklist in the study of emotional and behavioural problems in children with asthma. *Allergy*, 60(5), 707-708. doi: 10.1111/j.1398-9995.2005.00760.x.

Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 137-146. doi: 10.12707/RIV14023.

Rocha, G., Candeias, L., Ramos, M., Maia, T., Guimarães, H., & Viana, V. (2011). Stress e Satisfação das Mães em Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 157-166.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Saigal, S., Stoskopf, B. L., Streiner, D. L., & Burrows, E. (2001). Physical growth and current health status of infants who were of extremely low birth weight and controls at adolescence. *Pediatrics*, 108, 407-415.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.

Schoppe-Sullivan, S. J., Weldon, A. H., Cook, J. C., Davis, E. F., & Buckley, C. K. (2009). Coparenting behavior moderates longitudinal relations between effortful control and preschool children's externalizing behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 698-706. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02009.x.

Silva, O. P. V. (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebé prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4 (2), 15-24.

Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After the Birth of a Very Low-Birth-Weight Infant. *The Journal of the American Medical Association*, 281(9), 799-805.

Soares, I. (2000). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11- 42). Coimbra: Quarteto.

Sroufe, L. A., & Jacobvitz, D. (1987). Diverging pathways, developmental transformations, multiple etiologies and the problem of continuity in the development. *Human Development*, 32, 196-203.

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.

Stern, M., & Hildebrandt, K. A. (1986). Prematurity Stereotyping: Effects on Mother-Infant Interaction. *Child Development*, 57, 308-315.

Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac Books.

Sullivan, M. C., & Msall, M. E. (2007). Functional performance of preterm children at age 4. *Journal Pediatric Nurse*, 22(4), 297-309. doi: 10.1016/j.pedn.2007.02.001.

Turner, L. A., & Johnson, B. (2003). A model of mastery motivation for at-risk preschoolers. *Journal of Educational Psychology*, 95(3), 495-505.

van Baar, A. L., Vermaas, J., Knots, E., Kleine, M. J. K., & Soons P. (2009). Functioning at School Age of Moderately Preterm Children Born at 32 to 36 Week's Gestational Age. *Pediatrics*, 124(1), 251-257. doi: 10.1542/peds.2008-2315.

van Baar, A. L., Ultee, K, Gunning, W. B., Soepatmi, S., & Leeuw, R. (2006). Developmental Course of Very Preterm Children in Relation to School Outcome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(3), 273-293. doi: 10.1007/s10882-006-9016-6.

Van der Pal, S. M., Maguire, C. M., le Cessie, S., Wit, J. M., Walther, F. J., & Bruil, J. (2007). Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. *Acta Paediatrica*, 96, 1611-1616.

Viana, V., Maia, T., Ramos, M., Mendes, F., & Guimarães, H. (2005). Apoio psicológico às Mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João - Porto. *Arquivos de Medicina*, 19(3), 91-96.

Xavier, M. R. L. (2008). Porque necessitamos de um modelo bioecológico-transaccional para pensar o futuro? *Cadernos de Pedagogia Social*, 2, 117-123.

Wilden, A. (1980). *System and Structure* (2^a ed.). Londres: Classics from the Tavistock Press.

Wilfong, E. W., Saylor, C., & Elksnin, N. (1991). Influences on Responsiveness: Interactions Between Mothers and Their Premature Infants. *Infant Mental Health Journal*, 12(1), 31-40.

World Health Organization. (1980). The incidence of low birth weight: A critical review of available information. *World Health Statis*, 3, 197-224.

